



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Avdeling for helse- og idrettsfag

4BACH

Maria Susan Karlsen

Veileder: Liv Bekkeli

Søvn hos pasienter med Alzheimers sykdom

Sleep in patients with Alzheimer's disease

Antall ord: 11 348

Bachelor i sykepleie 2011

2014

Samtykker til utlån hos biblioteket:

☐ JA

☒ NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

☐ JA

☒ NEI

SAMMENDRAG

Tittel

Søvn hos pasienter med Alzheimers sykdom.

«Hvordan kan sykepleieren bidra til å tilrettelegge for at pasienter med Alzheimers sykdom får dekket sitt behov for søvn i en blandet sykehjemsavdeling?»

Introduksjon

Denne oppgaven omhandler pasienter med demenstypen Alzheimers sykdom i sykehjem, med fokus på behovet for søvn. På grunn med egen erfaring har jeg avgrenset oppgaven til sykepleie i korttidsavdeling.

Hensikt

Hensikten med oppgaven er å belyse søvnproblemer blant pasienter med Alzheimers sykdom, og sykepleierens ansvar i forhold til dette.

Metode

Oppgaven er et litteraturstudie, og er derfor basert på relevant faglitteratur og forskning på området. Forskningsartiklene er i funnet i høgskolens databaser, og følgende søkeord er benyttet: dementia, Alzheimer's disease, nursing home, sleep, Norway, depression, nurse, knowledge, experience, behavior, musikk, demens og sykehjem. Det er inkludert 11 forskningsartikler og 4 fagartikler i oppgaven.

Diskusjon

Sykepleierens kunnskaper og holdninger til sykdom, behandling og atferd er viktige faktorer for å kunne ivareta denne pasientgruppen. Relevante tiltak i form av fysiske- psykologiske og sosiale faktorer som kan fremme søvn blir presentert, samt metoder som kan benyttes av sykepleieren. Det er viktig at man som sykepleier er bevisst på individualisert sykepleie til disse pasientene.

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	2
1.0 INNLEDNING	5
1.1 Presentasjon og bakgrunn for valg av tema	5
1.3 Problemstilling	6
1.4 Presisering og avgrensning av oppgaven	6
1.5 Oppgavens disposisjon	7
2.0 METODE	8
2.1 Søkestrategi	8
2.2 Kildekritikk og etisk vurdering	9
2.3 Presentasjon av forskning	9
3.0 TEORI	11
3.1 Virginia Hendersons sykepleierteori	11
3.2 Hva er Alzheimers sykdom?	12
3.3 Behovet for søvn	13
3.3.1 Søvnstadiene	14
3.3.2 Er søvnbehovet like stort i alle aldre?	15
3.4 Søvn hos personer med Alzheimers sykdom	15
4.0 DRØFTING	17
4.1 Sykepleierens kunnskap og holdninger i møte med pasienten	17
4.2 Pasientene i sykehjem	19
4.3 Miljøterapiens betydning for pasienter med Alzheimers sykdom	20
4.4 Hvilke fysiske faktorer i avdelingen kan påvirke søvnen?	20
4.5 Hvilke psykologiske faktorer kan påvirke søvnen?	23
4.5.1 Viktigheten av aktivitet og stimuli for pasienter med demens	24
4.5.2 Bruk av musikk til pasienter med Alzheimers sykdom	25
4.5.3 Bruk av kommunikasjon til pasienter med Alzheimers sykdom	26
4.5.4 Kan søvnen påvirkes av andre sykdommer?	27
4.5.5 Er medikamenter løsningen på søvnproblemene?	28
4.6 Hvilke sosiale faktorer kan påvirke søvnen?	30
4.6.1 Viktigheten av en sykepleier- og pasient relasjon	30
4.6.2 I hvilken grad påvirker TV og radio?	31
4.6.3 Forstyrrende faktorer i avdelingen	32
4.6.4 Forstyrrende faktorer i avdelingen om natten	33
5.0 KONKLUSJON	35
6.0 LITTERATUR	36

Vedlegg 1: PICO-skjema	42
Vedlegg 2: Søkehistorikk	43
Vedlegg 3: Presentasjon av forskning	46

1.0 INNLEDNING

Denne bacheloroppgaven omhandler hvordan man som sykepleier best kan bidra til å ivareta personer med Alzheimers sykdom i en blandet sykehjemsavdeling, med fokus på behovet for søvn. Her vil jeg begrunne hvorfor dette er et relevant tema i samfunnet og personlig relevans for hvorfor nettopp dette tema ble valgt. Videre vil jeg presentere en problemstilling, samt en disposisjon over oppgaven.

1.1 Presentasjon og bakgrunn for valg av tema

Ved norske sykehjem antas det at ca 80 % av pasientene har en demensdiagnose (Haugland, 2012). Det finnes flere typer demenssykdom, men man kan se at typen Alzheimers sykdom rammer ca. 70 % av tilfellene (Bertelsen, 2011). I 2010 var det i overkant av 69 000 nordmenn som fikk diagnosen demens, og det antas at tallet kommer til å dobles innen 2050 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). Grunnen til denne stigningen synes å være fordi levealderen øker, og antall mennesker over 80 år vil stige betraktelig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). Helse- og omsorgsdepartementet publiserte i 2007 Demensplan 2015 som er en rapport over dagens situasjon og fremtidige mål for demensomsorgen i Norge. De ønsker å bygge opp et bedre omsorgstilbud for menneskene med demenssykdom, noe som viser at det er samfunnsmessig satsning på dette området.

På min egen arbeidsplass, som er en korttidsavdeling med blandet pasientgruppe, har jeg opplevd utfordringen med at pasienter med demenssykdom har vansker for å slå seg til ro og få nok søvn. Søvnproblemer er en av de vanligste grunnene til at denne pasientgruppen blir innlagt i sykehjem (Bastøe & Frantsen, 2011). Studier viser at personer med Alzheimers sykdom er preget av angst og forstyrrelser av nattsøvnen (McCurry, Gibbons, Logsdon & Teri, 2004). Dette ser jeg som veldig interessant og viktig å lære noe mer om, noe jeg legger til grunn for at jeg velger dette temaet for min bacheloroppgave. Jeg ser det som en fordel å ha mye personlige erfaringer når jeg skal skrive en slik oppgave, da jeg lettere kan finne konkret litteratur som jeg vet er relevant. Ved å skrive denne oppgaven kommer jeg til å tilegne meg nye kunnskaper som vil hjelpe meg i å utøve god sykepleie til pasienter med demens senere i yrkeskarrieren.

1.3 Problemstilling

Ut i fra mitt tema om pasienter med Alzheimers sykdom og søvn, har jeg valgt følgende problemstilling:

«Hvordan kan sykepleieren bidra til å tilrettelegge for at pasienter med Alzheimers sykdom får dekket sitt behov for søvn i en blandet sykehjemsavdeling?»

1.4 Presisering og avgrensning av oppgaven

Jeg ønsker å fordype meg i hvordan man som sykepleier kan hjelpe pasienter med Alzheimers sykdom til å få nok søvn. Dette temaet valgte jeg av den grunn at jeg selv har sett at dette er et utbredt problem i sykehjem, noe som er grunnen til at jeg valgte denne arenaen. Ca. 70 % av pasienter med en demensdiagnose har typen Alzheimers sykdom (Ørn, Mjell & Bach-Gansmo, 2011). Sannsynligheten er derfor stor for at det er nettopp denne pasientgruppen jeg møter på sykehjem, og jeg velger derfor videre i oppgaven å ta utgangspunkt i denne konkrete demenssykdommen. I mange sammenhenger vil jeg allikevel skrive om pasienter med en demenssykdom på generell basis, da det er faktorer som kan gjelde flere.

Oppgaven belyses med utgangspunkt fra Virginia Hendersons sykepleierfaglige behovsteori. Denne teoretikeren har jeg valgt på bakgrunn av at teorien har fokuset på å ivareta pasientenes grunnleggende behov, som i dette tilfellet er behovet for søvn. Jeg vil videre i første kapittel presentere det teoretiske grunnlaget for oppgaven.

I andre kapitlet vil jeg drøfte problemstillingen opp mot valgte teori og forskning. Her vil jeg legge vekt på miljøterapi som overordnede tiltak, og bruke miljøterapiens definisjon som utgangspunkt for hvilke faktorer i omgivelsene som er viktige. Sykepleierens kunnskap og holdninger blir drøftet, på grunnlag av personlig mening om nødvendigheten av dette. Jeg ser sykepleierens kunnskaper om sykdommen og om søvn som en nødvendig faktor for at pasientene man skal tilrettelegge for får dekt sitt behov for søvn.

I drøftingskapitlet har jeg vektlagt en del faktorer som kan fungere mer som konkrete tiltak til hvordan denne pasientgruppen kan fungere i en slik avdeling. Ikke alle er rettet spesielt mot søvn, og tilrettelegging rundt søvnrutinene. Grunnen til at jeg har gjort dette er at jeg vil fremheve viktigheten av hverdagens innhold for at pasientene skal få sove.

Totalt har jeg lagt ved tre vedlegg. Jeg har valgt å lage skjema over prosesser jeg har utført, og et over forskningen jeg har benyttet meg av. Dette for at jeg ikke skal bryte ordrammen på oppgaven, samt at dette blir mest oversiktlig for leseren.

1.5 Oppgavens disposisjon

I kapittel 1.0 finnes innledningen, hvor oppgaven presenteres og bakgrunn for valg av tema begrunnes i form av personlig- og samfunnsmessig relevans. Det presenteres også en avgrensing og presisering av oppgaven.

I kapittel 2.0 er metoden beskrevet. Her finnes en redegjøring av hva metode betyr, samt en definisjon på kvalitativ- og kvantitativ forskningsmetode. Litteratursøk er beskrevet, kildekritikk og etisk vurdering, samt en presentasjon av valgte artikler.

I kapittel 3.0 presenteres det teoretiske grunnlaget for oppgaven. Her beskrives og presenteres teorien jeg mener er relevant for å svare på problemstillingen. I begynnelsen av dette kapitlet presenterer jeg valgte sykepleieteoretiker, Virginia Henderson, og hennes teori om ivaretagelse av menneskets grunnleggende behov. Videre redegjøres teorier om hva sykdommen Alzheimers er, menneskets behov for søvn, og typiske trekk om søvn hos pasienter med Alzheimers sykdom.

I kapittel 4.0 finnes drøftingen, hvor jeg har drøftet teorien opp mot problemstillingen.

I kapittel 5.0 finnes oppgavens konklusjon.

I kapittel 6 ligger oppgavens kildeliste.

2.0 METODE

En metode er en presentasjon av hvordan man skal arbeide for å komme frem til et sluttprodukt. Vilhelm Aubert definerer metode slik: «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder» (sitert i Dalland, 2012, s.110). Dette er en litterær studie, hvor en problemstilling skal besvares (Dalland, 2012). Jeg benytter meg av pensumlitteratur, annen litteratur som er relevant for oppgavens tema, og forskning som er gjort på området.

Vi kan skille mellom kvantitativ og kvalitative metoder. En kvantitativ metode benyttes ofte i studier hvor resultatene kan tallfestes og er målbare enheter (Dalland, 2012), noe som kan være i en fordel i studier som for eksempel omhandler hvor mange timer søvn en gjennomsnittlig sykehjemspasient oppnår i løpet av en natt. En kvalitativ metode kan derimot brukes der hvor man ikke kan få resultatene i målbare enheter, men hvor det er data som samles inn for å få frem sammenheng og helhet (Dalland, 2012). Denne metoden brukes gjerne for å få frem pasientens syn og opplevelse av en situasjon.

2.1 Søkestrategi

I oppgaven er det brukt litteratur fra høgskolens bibliotek og relevante artikkeldatabaser. At noe er relevant betyr at det omhandler temaet jeg skal belyse og bidrar til å svare på problemstillingen (Dalland & Tygstad, 2012). Jeg har søkt i Oria for å finne litteratur jeg ikke hadde tittel på, ved å bruke søkeord som sykehjem og demens. Denne letingen har ført til at jeg har funnet noe litteratur jeg ikke hadde funnet ellers. Ved å gå gjennom hele hyllen hvor bøkene om demens står har jeg funnet flere nyttige titler jeg har inkludert. I noen tilfeller har ikke ønsket litteratur vært tilgjengelig på campus, og folkebibliotekene har derfor blitt brukt.

Databasen Cinahl har blitt mest brukt i søk av relevante artikler til oppgaven, da det er denne jeg har funnet best treff med ved tidligere bruk. Denne databasen er tilgjengelig på høgskolens hjemmesider. Jeg har også brukt Sykepleien.nos artikkelarkiv for å finne relevante artikler på norsk, som er tilgjengelig på deres hjemmeside. For å finne relevante artikler som omhandlet valgte tema benyttet jeg meg noe av PICO-skjema, hvor jeg kom frem til søkeord som dementia, sleep, Alzheimer's disease og «nursing home». For å vise denne prosessen har jeg laget et PICO-skjema som er lagt ved oppgaven som vedlegg 1. Noen av de benyttede

artiklene ble funnet i andre artiklers litteraturliste, som siden ble søkt opp i databasen Cinahl, Oria eller Google Scholar. Det har blitt benyttet få avgrensninger ved søkene siden valgte søkeord har begrenset søket på egenhånd, men kvalitet, årstall og forskning har blitt vurdert underveis. Artiklene som har blitt inkludert i oppgaven har blitt utvalgt ved å ha relevante overskrifter og abstrakter. Jeg velger å legge ved et detaljert skjema over søkehistorikken, fordi jeg synes dette blir mer oversiktlig for leseren å se hvordan jeg har funnet de inkluderte artiklene i oppgaven. Denne er vedlagt som vedlegg 2.

2.2 Kildekritikk og etisk vurdering

Når man utfører litteraturstudier er kunnskaper om kildekritikk viktig for å kunne ekskludere bruk av kilder som ikke er troverdige (Dalland & Tygstad, 2012). Kildekritikk defineres som de metodene man benytter seg av for å fastslå at en kilde er sann (Dalland & Tygstad, 2012). Jeg har forsøkt å holde et sykepleiefaglig fokus når jeg har søkt etter artikler og litteratur som kan belyse problemstillingen min. Da dette er et litteraturstudie har jeg som tidligere beskrevet benyttet meg av en del pensumlitteratur, samt annen litteratur med relevans. Underveis har jeg hatt et kritisk øye til om litteraturen har oppfylt kravene om å omhandle valgte tema, samt være valid som kilde. Med dette mener jeg at artiklene og litteraturen er funnet i fagbøker eller tidsskrifter som omhandler sykepleie. Når en kilde er valid vil det si at den er troverdig og har en konkret relevans for problemet som undersøkes (Dalland, 2012). Litteraturen jeg velger å benytte meg av er dekkende på området jeg skal fordype meg i. Jeg vil at oppgaven hovedsakelig skal understøttes av kvalitativ forskning, for at man skal få inn forskning som er resultater av pasientenes opplevelse av et konkret emne. Allikevel har jeg valgt å ha med noe kvantitativ forskning for å kunne vise til relevant statistikk på området. For å kunne vite om en forskningsartikkel er kvalitativ eller kvantitativ har jeg benyttet meg av kunnskaper om forskjellene på disse, og analysert dem.

2.3 Presentasjon av forskning

I oppgaven er det brukt både fag- og forskningsartikler. Jeg har benyttet meg av 11 forskningsartikler, hvorav 6 er på engelsk og de resterende 5 er norske, samt 4 fagartikler hvor 2 er engelske og 2 norske. Disse ble valgt på grunnlag av at de var relevante i oppgaven, både ved teori og drøfting i form av diskusjon og intervensjoner. Jeg har valgt å støtte opp oppgaven med mye forskning, fordi det i mange tilfeller er nyere enn stoffet man finner i

litteraturen, samt går dypere inn i en problemstilling som kan være svært lik min egen. Videre har jeg valgt å presentere mine valgte artikler i et eget skjema. Dette for at det skal bli mer oversiktlig for leseren. Skjemaet ligger ved oppgaven som vedlegg 3.

3.0 TEORI

Sykepleie handler om hvordan man skal hjelpe mennesket til å opprettholde god helse, og ivareta menneskers behov når de er for syke til å gjøre det på egenhånd (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011). I dette kapittelet vil jeg ta for meg temaer som er relevante for å belyse problemstillingen. I første del av teorien beskrives Virginia Hendersons syn på sykepleie.

3.1 Virginia Hendersons sykepleierteori

Virginia Henderson var sykepleier i USA, og en av de første som ville beskrive hva slags rolle sykepleieren skulle bære i forhold til sitt fagområde (Kirkevold, 2001). Når hun selv utdannet seg til sykepleier oppdaget hun hvor mangelfull læringen var i forhold til ivaretagelse av hele mennesket, i form av verdighet og grunnleggende behov (Mathisen, 2008). Henderson beskrives som en behovsteoretiker, noe som vil si at hun er opptatt av pasientenes grunnleggende behov og hvordan sykepleieren best kan ivareta disse (Kirkevold, 2001). Hun hevder at alle pasienter, enten om de er friske eller døende, har grunnleggende behov som må tilfredsstilles (Kirkevold, 2001). Henderson (1993) forslår å definere sykepleierens funksjon på denne måten:

Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredfull død), noe han ville ha gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelige krefter, kunnskaper og vilje, og å gjøre dette på en slik måte at individet gjenvinner uavhengighet så fort som mulig. (s.9)

Senere utviklet hun en teori som ble basert på sykepleierens arbeidsoppgaver og funksjon, og kom ut med en rekke verk som presenterte denne (Mathisen, 2008). I 1961 publiserte hun i samarbeid med International Council of Nurses boken *Sykepleiens grunnprinsipper* (Kirkevold, 2001). Denne innebærer 14 komponenter som Henderson ser på som menneskets grunnleggende behov (Kirkevold, 2001). De beskriver hvordan pasienter skal motta nødvendig pleie og omsorg, og hvordan sykepleieren kan benytte seg av disse prinsippene ved utførelsen (Henderson, 1993).

Følgende punkter i sykepleiens grunnprinsipper, utarbeidet av Henderson, er relevante for å besvare problemstillingen:

- Punkt 5: Å hjelpe pasienten til søvn og hvile.
 - Punkt 10: Å hjelpe pasienten å få kontakt med andre og med å gi uttrykk for sine behov og følelser.
 - Punkt 12: Å hjelpe pasienten til produktiv sysselsetting.
- (Henderson, 1993, s.27).

Sykepleieren skal være den som erstatter pasientenes vilje og styrke til å ivareta sine egne behov, når pasientene ikke har mulighet til å gjøre det på egenhånd (Mathisen, 2008).

Henderson var opptatt av spørsmål som: «Hva er sykepleie, og hva er det egentlig vi utøver?» og ville konkret svare på dette gjennom sine teorier (Mathisen, 2008).

Henderson begrunner at kartlegging av pasientens behov for sykepleie er nødvendig for å kunne gi god pleie (Mathisen, 2008). Hvis sykepleieren fokuserer på å tilfredsstille alle de grunnleggende behovene et menneske har uten å kartlegge hvilke pasienten trenger bistand til er sykepleieren utilstrekkelig, sier hun (Mathisen, 2008). Mål er som tidligere definert å hjelpe individet med de gjøremål han trenger hjelp til for å gjenvinne uavhengighet om mulig.

3.2 Hva er Alzheimers sykdom?

Demens er en fellesbetegnelse på sykdom som rammer nervesystemet, og som kjennetegnes ved at kognitive hjernefunksjoner over tid svikter hos tidligere friske mennesker (Bertelsen, 2011). Alzheimers sykdom rammer ca 70 % av tilfellene, og har noe mer karakteristiske sykdomstegn enn de andre demenstypene (Solheim, 2009). Hos personer med demens generelt vil man kunne se forandringer i hjernen, noe som viser seg å være avleiringer av nevrotoksiske stoffer (Wolland & Heier, 2011). Dette fører til at nervecellene dør (Wolland & Heier, 2011).

Det er individuelt hvor tidlig utviklingen av demenstypen Alzheimers sykdom begynner, men man kan se at det oftest forekommer etter fylte 70 år (Solheim, 2009). Sykdomsforløpet er langsommere og mindre dramatisk enn ved tidligere debut, og forverres over tid (Solheim, 2009). De vanligste symptomene man ser hos personer med demens er svekket hukommelse og orienteringsevne, noe man også ser hos eldre mennesker generelt (Solheim, 2009). Demens blir derfor ikke vurdert på lik linje. Derimot har personer med Alzheimers demens noen

tydeligere kjennetegn på sykdommen; plutselige forandringer i personlighet, mer ukritisk atferd, samt svekkelser i sansene, også kalt kognitiv svikt (Solheim, 2009). Alzheimers sykdom er vanskelig og diagnostisere, og diagnosen stilles som regel etter at andre mulige sykdommer er utelukket (Solheim, 2009). På grunn av dette blir den kalt en eksklusjonsdiagnose (Solheim, 2009). Diagnosen blir satt etter vurdering av et totalt klinisk bilde, noe som innebærer at pasienten har progredierende hukommelsessvikt, personlighetsforandring og nedsatt tankeevne (Bertelsen, 2011). Ved undersøkelser som MR og CT vil man kunne se forandringer i hjernevevet (Bertelsen, 2011., Wolland & Heier, 2011).

Sykdommen er progredierende, og kan ikke kureres (Bertelsen, 2011). Likevel er det mange behandlingsmulighet for å holde symptomer og atferdsforstyrrelser i sjakk (Solheim, 2009). Behovet for hjelp vil bare bli større med tiden. Til slutt vil de ble helt avhengige av hjelp, og kan derfor i mange tilfeller ikke bo hjemme lenger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007).

3.3 Behovet for søvn

Søvn er et av våre grunnleggende behov, og er nødvendig for at vi skal opprettholde god helse og livskvalitet (Bastøe & Frantsen, 2011). Når vi sover får kroppen en pause fra alle ytre stimuli og går inn i et slags «sparebluss» (Wolland & Heier, 2011). Søvn kan defineres ved at det er den dypeste form for hvile hvor kroppen er bevisstløs og har redusert mottakelighet for ytre stimuli, men som man kan bli vekket opp ifra (Bastøe & Frantsen, 2011). Alle mennesker er avhengig av søvn for å kunne overleve, dette fordi det under søvn foregår nedbrytende (katabole) og oppbyggende (anabole) prosesser i kroppen (Bastøe & Frantsen, 2011).

Sentralnervesystemet sørger for utskillelser av hormoner som regulerer søvnen og som forhindrer nedbrytende prosesser som vi kan se er spesielt fremtredende ved sykdom (Bastøe & Frantsen, 2011). Disse er viktige for at kropp og hjerne kan utvikle seg og vedlikeholdes (Bachmann & Lindhardt, 2011).

Vårt søvn mønster er styrt av kroppens indre søvnklokke som reguleres fra hypofysen i hjernen (Bastøe & Frantsen, 2011). Våre øyne reagerer på om det er lyst eller mørkt, og sender signaler om dette opp til hypofysen. Ved oppfattelse av at det er mørkt sender hypofysen signaler til epifysen som siden skiller ut hormonet melatonin som gjør at vi blir trøtte (Wolland & Heier, 2011).

3.3.1 Søvnstadiene

Søvn deles opp i 4 stadier, og det viser seg at i noen perioder gjennom natten er hjernens aktivitet større enn i andre (Bastøe & Frantsen, 2011). Disse stadiene deles igjen inn i REM-søvn (Rapid Eye Movement) som er den perioden hvor man drømmer, og NREM-søvn (Non Rapid Eye Movement) (Wolland & Heier, 2011).

Søvnstadium 1 er den første perioden hvor man faller i søvn, og akkurat har sovnet (Wolland & Heier, 2011). Det kalles innsovningsstadiet og varer som oftest varer fra 5 – 10 minutter (Bastøe & Frantsen, 2011). I denne perioden synker puls og blodtrykk og kroppen blir mer avslappet. Om man blir vekket i denne fasen tror man ofte at man ikke har sovet (Bastøe & Frantsen, 2011).

I søvnstadium 2 blir kroppen ytterligere avslappet og det er mindre motorisk aktivitet (Bastøe & Frantsen, 2011). Dette stadiet utgjør ca 50 % av den totale søvnmengden (Wolland & Heier, 2011).

Under søvnstadium 3 oppnår man dyp søvn (Wolland & Heier, 2011), og kroppen er helt avslappet (Bastøe & Frantsen, 2011). Det er her i dette stadiet de fleste anabole prosessene finner sted (Bastøe & Frantsen, 2011). Vi beveger oss lite, og puster rolig og stille (Bastøe & Frantsen, 2011). Det er denne søvnperioden vi er mest avhengige av for å føle oss uthvilte og fungere godt på dagtid, og den opptar ca 20-25 % av den totale søvnmengden (Wolland & Heier, 2011).

Søvnstadium 4 kalles også for REM-søvn i den totale søvnmengden (Bastøe & Frantsen, 2011). Det er i dette stadiet de fleste drømmer finner sted, og gjenkjennes ved hurtige øyebevegelser (Rapid Eye Movement) (Wolland & Heier, 2011). Selv om det her er mye aktivitet er signalene som sendes til musklene blokkert, og vi kan derfor ikke reagere fysisk på drømmenes innhold (Wolland & Heier, 2011). Musklene er totalt avslappet (Bastøe & Frantsen, 2011). Under REM-søvnen øker igjen blodtrykket, pulsen og pusten til et nivå likt som når man er våken (Bastøe & Frantsen, 2011). Man oppnår REM-søvn gjerne opptil 4-5 ganger, kortere perioder av gangen, i løpet av en normal natts søvn (Bastøe & Frantsen, 2011). Dette søvnstadiet opptar ca 20-25 % av den totale søvnmengden (Wolland & Heier, 2011).

3.3.2 Er søvnbehovet like stort i alle aldre?

Behovet for søvn er forskjellig i ulike aldre (Wolland & Heier, 2011). Man kan se at søvnen ofte avtar i økende alder, ved redusert total søvntid i løpet av et døgn og dybden på søvnen (Wolland & Heier, 2011). Når man blir eldre skjer det også en rekke forandringer i hjernen (Wolland & Heier, 2011). Hjernens vekt og volum reduseres, noe som påvirker nervecellene i antall som igjen kan føre til redusert kognitiv funksjon (Wolland & Heier, 2011). Eldre kan ofte oppleve at søvnen blir oppstykket, og at de har problemer med å sovne igjen når de har våknet. På grunn av for lite søvn gjennom natten kan noen i denne aldersgruppen oppleve å sovne på dagtid, noe som kan påvirke den kommende nattesøvnen (Bastøe & Frantsen, 2011).

I mange tilfeller kan man også slite med for lite søvn (Bastøe & Frantsen, 2011). Urolig og forstyrret nattesøvn er ofte noe eldre mennesker kan oppleve, og som kan gå utover helse og livskvalitet. Insomni er en latinsk betegnelse på søvnløshet, og kan gjenkjennes ved at man har sovet dårlig eller opplever for lite søvn over tid (Bachmann & Lindhardt, 2011).

Problemet kan være forårsaket av forstyrrelser i omgivelsene, for eksempel på sykehus eller sykehjem, eller andre fysiologiske vanskeligheter (Bachmann & Lindhardt, 2011). For eldre mennesker er ofte for lite aktivitet, lys og mental stimulering noen av flere årsaker til søvnproblemer (Bachmann & Lindhardt, 2011). Som følge av underskudd på søvn er det funksjoner i kroppen som blir svekket, og som ofte er avgjørende for menneskers hverdag. Spesielt kan man se at konsentrasjonen blir svekket, samt at tidsorientering og hukommelsen utfordres (Bachmann & Lindhardt, 2011).

3.4 Søvn hos personer med Alzheimers sykdom

Det viser seg at 25-35 % av personene med Alzheimers sykdom har søvnforstyrrelser i en eller annen form (Wolland & Heier, 2011). Dette kan i mange tilfeller skyldes svekkelser i kognitive funksjoner, blant annet oppfattelse av tid på døgnet i forhold til den indre klokken (Bastøe & Frantsen, 2011). I mange tilfeller er det mangel på søvn og søvnproblemer som er hovedårsaken til at disse pasientene blir innlagt i sykehjem (Bastøe & Frantsen, 2011).

Vansker med å forstå forskjellen på dag og natt er ofte problemet som fører til at disse pasientene snur døgnet og er urolige om natten (Wolland & Heier, 2011).

I fagartikkelen *Sleep disturbances in Dementia* (Rose & Lorenz, 2010) er det beskrevet hvordan det nye miljøet på sykehjem i sterk grad kan påvirke nattesøvnen hos personer med

demens generelt. Uvante lyder, lange korridorer og ukjente mennesker er faktorer som kan gjøre personer med denne sykdommen urolige og redde (Rose & Lorenz, 2010).

Fenomenet «sundowning» omhandler pasientenes handlinger i forhold til døgnklokken og beskriver hvordan de endrer atferd i løpet av dagen (Wolland & Heier, 2011). Når det begynner å nærme seg kvelden blir mange urolige og agiterte, og kan gjerne begynne å vandre (Wolland & Heier, 2011). Dette kan ofte være et problem med tanke på nattesøvnen at pasientene er økende forvirret og engstelig, og har vanskelig for å slå seg til ro (Wolland & Heier, 2011). Denne tilstanden ser man gjerne hos personer med Alzheimers sykdom på et sent stadium (Wolland & Heier, 2011). Når pasientene omsider klarer å slå seg til ro og legge seg til å sove har de ofte lett for å våkne igjen ganske raskt og tro det er morgen (Solheim, 2009). Typiske søvnforandringer hos pasienter med demens generelt er at de har lett for å vandre om natten og døser av og sover på dagtid, noe som bør forhindres (Wolland & Heier, 2011).

4.0 DRØFTING

I dette kapitlet i min oppgave vil jeg drøfte hvordan sykepleiere kan bidra med å tilrettelegge for at pasienter med Alzheimers sykdom får dekket sitt behov for søvn i en blandet sykehjemsavdeling. Å drøfte kan beskrives som «å diskutere og ta for seg og granske noe fra forskjellige sider» (Dalland, 2012, s.143). Dette gjør jeg ved å anvende pensumlitteratur, annen faglitteratur, forskning og egne erfaringer på dette området for å svare på problemstillingen.

Jeg velger å starte dette kapitlet med å presentere sykepleieren, og sykepleierens holdning og kunnskaper i møte med den aktuelle pasienten. Dette vil jeg begrunne med at jeg ser sykepleierens grunnleggende holdning og kunnskaper som nøkkelen til at pasientene med Alzheimers sykdom får god kvalitet på pleie og omsorg i sykehjem.

4.1 Sykepleierens kunnskap og holdninger i møte med pasienten

Alle sykepleiere skal jobbe ut ifra de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (2011), utgitt av Norsk sykepleierforbund. Disse er bygget på ICNs (International Council of Nurses) etiske prinsipper og menneskerettighetene utarbeidet av FN. Under kapittel 2.1 i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere ramses det opp punkter som omhandler hvordan sykepleieren og pasienten skal omgås, og hvilket ansvar sykepleieren har for dette. Jeg ønsker å bruke det innledende avsnittet i dette kapitlet i de yrkesetiske retningslinjene for å konkretisere hvilket ansvar sykepleieren har i forhold til pasienten: «Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket.» (NSF, 2011, s.8). Personlig ser jeg sykepleierens holdninger og forhold til ansvar som avgjørende for å kunne gi god pleie til trengende pasienter.

For at man skal kunne gi pasientene med Alzheimers sykdom den nødvendige pleien de trenger er grunnleggende informasjon om pasientene nødvendig. Vi skal vite hvilken bakgrunn de har, om deres pårørende og om spesielle situasjoner og hendelser som kan være relevante og fremtredende ved pasientenes sykdom (Henriksen, 2009). For at man skal få kartlagt hva grunnen til søvnproblemet er kan det være praktisk å benytte seg av en problemløsende metode, også kalt sykepleieprosess. Her kartlegges problemet, behovet for

sykepleie identifiseres, og tiltak og mål rettet mot dette settes inn (Dahl & Skaug, 2011). Det er nødvendig å ha et tett samarbeid med pasientenes pårørende for å få kartlagt pasientenes søvnmønster. De pårørende kan hjelpe oss i å beskrive rutiner og tradisjoner pasientene har hatt hjemme, om pasientene selv ikke klarer å redegjøre for dette (Rose & Lorenz, 2010). På denne måten kan man ta hensyn til spesifikke forhold som pasientene har til søvn, for best å kunne tilrettelegge. Dette kan være med på å gjøre at sykepleierne kan gi bedre pleie til pasientene fordi vi kjenner til deres historie (Dahl & Skaug, 2011).

Det er viktig å konkretisere at diagnostisering av søvnproblemer i mange tilfeller er for tidkrevende i avdelingene, eller personalet tolker dette som et problem som må tas opp med avdelingslege for å behandles (Ranhoff, 2010). Når en pasient har søvnproblemer er det viktig at man tar dette på alvor og prøver å finne ut hva de underliggende årsakene kan være (Bjorvatn & Fetveit, 2012). Derimot kan det ofte også være problemer som kan behandles uten involvering av lege og medikamenter, da det i mange tilfeller er tilretteleggingen rundt søvnen som er avgjørende (Ranhoff, 2010). Rutinene i sykehjemmene for å fremme god søvn er gjennomsnittlig lite hensiktsmessige, og lite arbeid legges i å tilrettelegge for gode rutiner rundt natten (Ranhoff, 2010). Selv opplever jeg at det er sykehjemmets rutiner som styrer når det passer at pasientene legger seg. Heldigvis er pasientene i avdelingen forskjellige, og noen vil gjerne legge seg tidlig, mens andre vil sitte oppe til midnatt. Min mening er da at man som sykepleier skal prøve å strekke seg etter pasientenes ønsker, og ikke bare gjøre det som er korrekt i forhold til avdelingens gamle rutiner.

I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (2011) forteller punkt 2.3 at sykepleieren skal ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg. Henderson sier at man må individualisere pleien man gir til pasientene (Mathisen, 2008). Det er viktig å være bevisst på sykepleierens kliniske vurderingsevne for at de aktuelle pasientene skal få nødvendig pleie (Kristoffersen, 2011b). Dette fordi personer med en demenssykdom kan ha vanskelig for å uttrykke hva som er galt, og andre behov. I arbeid med pasienter som har en demenssykdom, som Alzheimers sykdom, er kunnskaper om menneskets behov og utfordringer relatert til søvn viktig. I Hendersons grunnprinsipper (Henderson, 1993) er punkt 5 at man skal hjelpe pasienten til hvile og søvn. Dette er et viktig behov som alle mennesker har, og som de må få ivare tatt for å kunne leve (Bastøe & Frantsen, 2011).

En eldre studie fra 1998, skrevet av Berg, Hallberg og Norberg, omhandlet et utvalg sykepleieres refleksjoner rundt pleien de gav til pasienter med en demenssykdom. Resultatene

viste at sykepleier-pasient relasjonen, samt kunnskapen de hadde om pasienten og menneskesyn var avgjørende for å kunne gi pleien de syntes pasientene fortjente. De samhandlet med pasientene ved å bistå dem ved funksjoner de ikke lenger kunne ivareta selv, samtidig som å se på dem som mennesker med følelser og integritet. Dette kan vi også finne igjen i Virginia Hendersons teori om sykepleie til pasienter som har vanskelig for å tilfredsstille sine egne behov.

Utfordringen om rett holdning og kompetanse på området om demens kan man også finne igjen i en fagartikkel fra 2010 skrevet av Crabtree og Mack fra Skottland. De ville prøve ut et undervisningsprogram for personell som jobbet med pasienter med demenssykdom for å forbedre deres holdninger til pasientene. Tidligere i undersøkelsen kunne de vise til kilder som fortalte at helsepersonell var mer negative i møtet med pasientene, enn positive. Dette er alle faktorer som kan påvirke sykepleier-pasient relasjonen som er avgjørende for at pasientene skal oppleve trygghet og velvære på avdelingen.

4.2 Pasientene i sykehjem

I norske kommuner er sykehjem en obligatorisk deltjeneste som skal være tilgjengelig i kommunens tjenestetilbud (Kristoffersen, 2011a). I mange tilfeller kan behovet dukke opp for å ha et avlastnings-, rehabiliterings- eller korttidsopphold i kommunens sykehjem (Kristoffersen, 2011a). Dette kan skyldes at det for eksempel blir akutt forverring i sykdom, skader som må følges opp kontinuerlig eller økt pleiebehov i følge av en kronisk sykdom (Kristoffersen, 2011a).

En studie gjort av Kirkevold og Engedal publisert i 2006, forteller at standarden på norske sykehjem er relativt god, i forhold til kvaliteten på pleie og omsorg. Som tidligere nevnt er mangel på søvn og problemer som følge av dette en av flere grunner til at personer med en demenssykdom blir innlagt i sykehjem. Selv har jeg erfart i praksis at når behovet for et sykehjemsopphold dukker opp kommer pasientene oftest inn på en korttidsavdeling. Disse avdelingene baserer ofte pleien på at pasientene skal bli friskere og hjem igjen (Hauge, 2010), men i meget mange tilfeller fungerer det som en «venteplass» for å få plass på en langtidsavdeling. Når man befinner seg på en korttidsavdeling er ikke miljøet tilrettelagt for pasienter med en demenssykdom, noe som kan virke inn på deres atferd, trivsel og videre søvnen.

4.3 Miljøterapiens betydning for pasienter med Alzheimers sykdom

Fokus på miljøterapi kan vi se er en nyttig faktor i arbeid med demens, men er mest utbredt på langtids- og spesialiserte demensavdelinger (Ranhoff, 2010). Miljøterapi betyr at man «systematisk og gjennomtenkt tilrettelegger miljøets psykologiske, sosiale og ... fysiske betingelser i forhold til individets og gruppens situasjon og behov» (Nylenna, 2004). Studier viser at tilrettelegging av miljø og hjemliggjøring i en avdeling gjorde at beboerne blir roligere og opprettholder sine motoriske funksjoner bedre (Bergland & Kirkevold, 2011). Dette viser og begrunner viktigheten av dette, noe jeg legger til grunn for valg av miljøterapi som intervensjon.

Det er viktig å poengtere at alt som skjer gjennom en vanlig dag har betydning for kvaliteten på søvnen den påfølgende natten. Spesielt gjelder dette for pasienter med demens som er avhengige av tilstrekkelig mengde aktivitet og positiv stimuli for å kunne oppleve ro og trygghet i avdelingen.

4.4 Hvilke fysiske faktorer i avdelingen kan påvirke søvnen?

Ved å jobbe aktivt med miljøarbeid i avdelingen kan man gjøre noen grep som kan gjøre den litt mer tilrettelagt også for denne pasientgruppen. Miljøbehandling har som hensikt å forbedre livskvaliteten for hver enkelt pasient, gjennom å bidra til å opprettholde deres integritet, selvstendighet og ressurser (Solheim, 2009). Fysiske faktorer innebærer miljøets utforming, ting og gjenstander som kan bidra til at pasienten blir psykologisk tilfredsstilt, som tilrettelegging av avdelingen.

Det er ofte bedre rutiner på å skulle tilrettelegge for pasienter med demens på langtidsavdelinger, da det er der de skal bo resten av sitt liv (Ranhoff, 2010). Likevel kan man se det nødvendig å tilrettelegge rommet i noen grad også på korttidsavdelingen, hvis dette kan ha betydning for pasientens opplevelse av trygghet og trivsel. Man søker å hjelpe pasientene til å opprettholde de gjenværende funksjoner ved å tilrettelegge omgivelsene slik at pasientene kan orientere seg på egenhånd (Solheim, 2009). Henderson (1993) skrev at «sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe individet ... i utførelsen av de gjøremål ... på en slik måte at individet gjenvinner uavhengighet så fort som mulig». (s.9). Det er her viktig å konkretisere at dette ikke gjelder pasienter med en demenssykdom, på lik linje som andre pasientgrupper. Dette fordi demens er som tidligere beskrevet en irreversibel sykdom som ikke kan kureres.

Funksjonsbevarende handlinger og tiltak er derimot nødvendig for at pasientene skal kunne opprettholde sine gjenværende funksjoner.

For å få god forståelse for pasientenes liv, opplevelser og behov er det viktig at sykepleieren har kunnskaper om sykdommen og eventuelle faktorer som kan være relevante i tilrettelegging av avdelingen (Kristoffersen & Nortvedt, 2011). Det er tenkelig at de påfølgende tiltakene er faktorer man som sykepleier etter noen dager tar i bruk, da man bør observere hvordan pasientene reagerer på flyttingen i begynnelsen av oppholdet. Ingen pasienter er like, og individualisering av pleie er nødvendig. I Hendersons 14 komponenter om grunnleggende behov som må tilfredsstilles er punkt 5 «å hjelpe pasienten til hvile og søvn» (Henderson, 1993, s.27). Hun skriver at sykepleieren skal benytte sine kunnskaper som omhandler hvilke hvilestillinger som er komfortable i forbindelse med søvn, samt hvilke faktorer som kan påvirke denne, som utgangspunkt for god tilrettelegging (Henderson, 1993).

Pasientrommet er en del av miljøet som best kan tilrettelegges for at pasientene kan føle trivsel og velvære i avdelingen på sykehjemmet. Dette fordi rommet er en privat del av avdeling som pasienten har til seg selv, og fordi avdelingen ellers også er et oppholdssted for pasienter uten en demenssykdom. I følge egne erfaringer bærer korttidsavdelingene preg av å være medisinske arenaer, noe som i de aller fleste tilfeller er heldig. I arbeid med demens kan dette resultere i uønskede reaksjoner, i form av angst, forvirring og utfordrende atferd (Landmark, Kirkehei, Brurberg & Reinart, 2009). Å realisere de hjemlige verdiene kan hjelpe pasientene til å føle tilhørighet til det nye stedet (Hauge, 2010). Ved at pasientene har en del av sine personlige eiendeler på rommet, for eksempel radio, egne gardiner, eget sengetøy og sengeteppe, kan de føle seg tryggere og oppleve økt grad av velvære. Dette kalles hjemliggjøring, og er en viktig faktor innen demensomsorgen (Bergland & Kirkevold, 2011).

Forenkling av miljøet i avdelingen kan være en faktor som kan hjelpe pasientene (Andersen & Munch, 2013). Personer med demens har problemer med å orientere seg på grunn av dårlig hukommelse, og avdelingens utforming har en betydning for dette. Det viser seg at lange korridorer bidrar til rastløshet hos pasientene, og at en mindre gruppering av rom med tilknyttede fellesrom gjør det enklere å orientere seg (Bergland & Kirkevold). Også inne på pasientenes eget rom er forenkling et godt tiltak for at de skal kunne orientere seg på egenhånd.

Mange pasienter, selv med Alzheimers sykdom i et sent stadium, kan ivareta visse behov selv, som å gå på toalettet (Solheim, 2009). Om natten kan dette behovet melde seg, noe som forstyrrer pasientenes nattesøvn. Flere ganger har jeg selv møtt forvirrede pasienter i gangene på natten som leter etter toalettet, og en dør som sier «WC» eller «TOALETT». Det kan derfor være nødvendig å tilrettelegge for at pasientene finner frem til toalettet på egenhånd, i form av for eksempel skilting eller en stripe på gulvet (Solheim, 2009). Studier har vist at den beste form for merking som resulterte i at flest fant frem til toalettet var å benytte et skilt med ordet «toalett» og piler på gulvet som viste veien (Bergland & Kirkevold, 2011). Om de har enerom med eget bad kan også lys inne på badet være en pekepinn på at det er der toalettet befinner seg, noe som ofte er vanlig i private hjem. I denne forbindelse har man tidligere sett at eldre mennesker generelt har vansker med å sovne igjen etter å ha våknet i løpet av natten (Wolland & Heier, 2011).

Man ønsker at overnevnte tiltak kan bidra til at de gjeldene pasientene får en bedre hverdag i avdelingen. Likevel bør man være kritisk og vurdere om dette er mål og tiltak som er gjennomførbart i avdelingen. Etter selv å ha jobbet i en avdeling som det vises til i problemstillingen i flere år vil jeg tørre å påstå at det i mange tilfeller kan være en utfordring å få gjennomført. Dette vil jeg begrunne med at man veldig ofte ser i en avdeling som dette at det er en arena som på daglig basis drives av få sykepleiere, og flere ufaglærte. NSF gjorde en kartlegging av dette i 2009, hvor det også kom frem at dette var realiteten ved flere av Norges største byer (Dolonen, 2009). Det gjelder spesielt i helgene da sykepleierdekningen er lavere enn i hverdagene (Dolonen, 2009).

Det er sykepleierens ansvar at pleien som gis til pasientene i avdelingen er tilstrekkelig (Bjørø & Kirkevold, 2011). For at kvaliteten på pleien som gis til pasientene skal bli god nok må kunnskaper om sykdom og atferd ligge hos personalet. I dagens helsevesen må derfor tiltak formes slik at det også kan være gjennomførbart av personell uten utdanning på feltet. I mine øyne blir ikke det god nok kvalitet på pleien pasientene da kommer til å få. Jeg ønsker å vise tilbake til kartleggingen NSF gjorde i 2009 (Dolonen, 2009), som viser at det i hverdagene er i gjennomsnitt 23 % færre sykepleiere på jobb enn planlagt. Mangel på sykepleiere på jobb er et gjengående tema i media, og generelt i sykehjem.

4.5 Hvilke psykologiske faktorer kan påvirke søvnen?

Vi ønsker å hjelpe pasientene til å få nok søvn i avdelingen, og jeg vil her drøfte psykologiske faktorer som kan bidra til søvn. Med psykologiske faktorer menes ting som omhandler pasientens følelser og tilhørende atferd (Nylenna, 2004).

For pasienter med en Alzheimers sykdom kan sykdomsutviklingen ha vært vanskelig å akseptere. Vi tar i denne oppgaven et utgangspunkt i at de har en langt utviklet demenssykdom, men sykdomsutviklingens følelse er allikevel noe som kan sitte i kroppen til vedkommende. Redusert hukommelse er som kjent det mest beskrivende symptomet ved demenssykdom (Solheim, 2009). De har alle gått gjennom en prosess som innebar at de glemte ting, og hadde vanskeligheter for å planlegge ting i nærmeste fremtid. Likevel er minner og hukommelse i forhold til det som har skjedd i pasientenes barndom og som yngre voksen relativt god (Solheim, 2009). Det er evnen til å lagre nye minner, ting som skjedde i går eller for noen minutter siden, som er svekket hos de med demenssykdom.

Det er sykepleierens ansvar at pasientene på avdelingen opplever trygghet i de omgivelsene pasientene befinner seg. I arbeid med pasienter med demens kan dette i mange tilfeller være en utfordring da miljøet på avdelingen ofte kan være med på å gjøre dem utrygge (Bergland & Kirkevold, 2011). Når man skal utøve sykepleie til en person med Alzheimers sykdom er det viktig at man har forståelse for hvordan det kan være å leve med en slik sykdom (Solheim, 2009). Dette kan være avgjørende for hvilken innstilling vi har i møte med pasientene (Kristoffersen & Nortvedt, 2011).

Trygghet er noe alle mennesker trenger, og kan beskrives som en følelse av at man er sikker og er ubekymret, også i forhold til omgivelsene man er i (Thorsen, 2011). Man er avhengig av en følelse for trygghet nå man skal sove, noe som pasienter i sykehjem og sykehus i mange tilfeller mangler på grunn av forstyrrende faktorer i omgivelsene. Det er sykepleierens ansvar å gjøre noe med farene som gjør pasientene utrygge (Segesten, 2010).

Mange synes det er en trygghet å få være på et sykehjem ved sykdom, fordi de hele tiden vet at det er noen rundt dem til enhver tid (Hauge, 2010). For pasientene med demens kan det være positivt ved at de finner noen i gangene når de er forvirret, men samtidig forstyrrende at det er folk rundt dem hele tiden som ikke har fokus på dem. Mange av disse pasientene

mangler oversikt over egen situasjon noe som spesielt kan utløses når de er på et ukjent sted, som videre kan føre til angst (Hauge, 2010).

Angst er en følelse av indre uro, spenning og kroppslig ubehag, og oppstår når man føler seg truet av en ytre fare (Nylenna, 2004). Angst for å være alene er et kjent fenomen blant personer med demens, og opptrer spesielt i situasjoner hvor pasientene ikke klarer å følge med på ting som skjer (Hauge, 2010). Det sier seg selv at pasienter ikke kan ha angst når de skal legge seg å sove. Opplevelse av trygghet, og handlinger som motsier at situasjoner er skumle er derfor viktig i arbeid med disse pasientene. Alle mennesker må oppleve dette for å kunne få tilstrekkelig med søvn (Bastøe & Frantsen, 2011).

4.5.1 Viktigheten av aktivitet og stimuli for pasienter med demens

Pasienter med demens kan ofte oppleve passivitet i avdelinger på sykehjem. Mange sykehjem har veldig få stimulerende aktiviteter gjennom dagen, noe som fører til at pasienten sovner på dagtid (Bjorvatn & Fetveit, 2012). Dette er svært lite hensiktsmessig med tanke på søvnen den kommende natten (Bjorvatn & Fetveit, 2012), noe som gjelder de fleste pasienter. I avdelingen hvor jeg selv jobbet var det ofte en selvfølge at de skulle sitte ute i stua sammen med alle de andre pasientene. Et par dager i uken var det en rolig «trim» sammen med aktivtør, noe mange av de friskere pasientene ville være med på. Sykepleieren bør ha fokus på at pasientene med demens også blir positivt stimulert i form av meningsfulle aktiviteter og bruk av sanser. Det er viktig at pasientene blir tilfredsstilt gjennom dagen ved mosjon og stimuli for å føle velvære og glede, samt oppnå ønsket søvnkvalitet den kommende natten (Rose & Lorenz, 2010). Positiv stimuli kan for denne pasientgruppen forebygge understimulering, noe som kan føre til mindre uro (Bergland & Kirkevold, 2011).

Studier viser at pasienter på sykehjem savner meningsfulle dager med sosial kontakt og aktiviteter (Haugland, 2012). De ansatte ved de utvalgte avdelingene mente at personer med en demenssykdom ikke hadde noen glede av slike aktiviteter som de andre pasientene hadde på grunn av redusert forståelse, og de ble derfor ofte ikke inkludert på samme måte. Likevel kan man se at det er visse aktiviteter som påvirker disse pasientene positivt, der iblant hagearbeid og spaserturer. Aktivitetene gir glede ved at de inkluderer og gir pasientene en følelse av tilhørighet (Haugland, 2012). Det er viktig at aktivitetene blir kartlagt og tilpasset

de aktuelle pasientenes interesser, noe som kan bli gjort gjennom samarbeid med pasientenes pårørende.

Sansestimulering kan utføres på mange måter, og bruk av sansehage er en av dem. En sansehage er tilrettelagt lukket hage for personer med demens, hvor de kan gå i naturomgivelser iblant planter og blomster (Haugland, 2012). Slike tilrettede hager ligger som oftest i tilknytning til lukkede demensavdelinger.

Det viser seg at spesielt en terapeutisk sansehage kan bidra til økt livskvalitet og redusert bruk av «eventuelt» medikamenter (Kirkevold & Gonzalez, 2012). Det kalles i noen sammenhenger en terapeutisk sansehage da det antas at den har en terapeutisk effekt på helseproblemer, også søvnproblemer. Resultatene fra denne studien viste at sansestimulering i form av bruk av sansehage bidro til positive affekter og endret atferd hos pasientene (Kirkevold & Gonzalez, 2012). Økt tid utendørs førte også til bedring av pasientenes søvnkvalitet.

Henderson sier at sykepleieren skal hjelpe pasienten til produktiv sysselsetting, som er punkt 12 i rekken av de 14 grunnleggende behovene (1993, s.58). Dette innebærer at sykepleieren bør være oppmerksom på hvilke initiativ pasientene tar til aktivitet. I avdelingen hvor jeg har jobbet har vi hatt pasienter med demenssykdom som blant annet har bidratt med å rydde av matbordet etter at måltidet er over. Eldre kvinner har i mange norske hjem hatt roller som innebar å holde hjemmet ryddig og lage mat til familien. Slike aktiviteter kan gi pasientene en god følelse ved at de har bidratt og hjulpet de rundt seg med en oppgave, og at de deretter kan slappe av med god samvittighet. Pasienter med Alzheimers sykdom har en hukommelsessvikt, men det er viktig å presisere at følelsen en aktivitet gir ofte blir sittende igjen i kroppen til pasientene.

4.5.2 Bruk av musikk til pasienter med Alzheimers sykdom

For mange har musikk hatt en stor betydning, noe man kan benytte seg av i arbeid med disse pasientene (Eide & Eide, 2007). Jeg har selv opplevd mange pasienter som vil ha radioen på når de skal sove, noe som kan bety at de har et forhold til musikk. Når man hører musikk oppstår det en følelse i kroppen, både god eller vond (Solheim, 2009). For pasientene med en demenssykdom kan det allikevel være noe utfordrende om musikken har ord og tekst, da dette kan føre til forvirring fordi de ikke klarer å følge med. Bruk av musikk kan føre til ro hos pasientene, fordi det er noe som føles trygt og som er knyttet til deres identitet. Det kan være

nyttig å her samarbeide med pasientenes pårørende i en kartlegging av om musikk kan fungere som beroligende for pasientene. Det viser seg i studier fra 2010 (Bragstad & Kirkevold) at individualisert musikk i denne sammenhengen er det beste, da det er konkret musikk pasienten tidligere har hatt et forhold til. Dette er en behandlingsmetode som oftest benyttes til pasienter med demenssykdom som utvikler utfordrende atferd (Bragstad & Kirkevold, 2010).

Sang og musikk i fellesmiljøet er også noe de andre pasientene i avdelingen kan ha nytte og glede av. På denne måten kan pasientene med Alzheimers sykdom bli en del av fellesskapet og oppnå en følelse av glede og positiv stimuli sammen med andre. I praksis har jeg møtt pasienter med demens i et sent stadium som har hatt glede av sang som her beskrevet. Det var fantastisk å se forskjell på denne pasienten som til vanlig hadde vanskeligheter med å snakke, som her sang med på alle versene underveis.

4.5.3 Bruk av kommunikasjon til pasienter med Alzheimers sykdom

Kommunikasjon er et begrep som innebærer at man gjør noe felles, og har en forbindelse med et annet menneske (Eide & Eide, 2007). Begrepet blir benyttet for å beskrive samtale mellom mennesker, i form av personlig kommunikasjon eller gjennom for eksempel internett (Eide & Eide, 2007). Kommunikasjon og kontakt med andre er et behov alle mennesker har, og hos mange personer med demens er det mer fremtredende enn hos andre. Dette fordi mange pasienter med en langt kommen demens generelt har problemer med språket (Solheim, 2009). Punkt 10 i Hendersons grunnleggende behovs prinsipper er at man skal hjelpe pasienten til å få kontakt med andre og gi uttrykk for sine behov og følelser (Henderson, 1993, s. 52). Denne pasientgruppen har i mange tilfeller vanskeligheter med å uttrykke hva de trenger eller skal, og sykepleierens kunnskaper om kommunikasjon- og metoder kan her komme til nytte.

I samhandling med denne pasientgruppen er det grunnleggende viktig å tenke på at det man formidler til pasientene kan påvirke dem i positiv eller negativ retning (Solheim, 2009). Dette skjer gjerne gjennom ord, verbal, og non-verbal kommunikasjon som vises gjennom kroppsspråk, bevegelser, mimikk og tonefall (Solheim, 2009). Disse kommunikasjonsmetodene er grunnlaget for all kommunikasjon, og er faktorer som bør bevisstgjøres.

Som sykepleiere må man bruke hele seg selv i arbeidet mot resultatet man ønsker, noe som er viktig for å kunne gi god pleie og omsorg (Solheim, 2009). Kommunikasjon kan her være nøkkelen, fordi spesielt deres non-verbale måte å kommunisere på er noe de aktuelle pasientene raskt tar opp (Eide & Eide, 2007). Ved at sykepleieren er blid, vennlig, og viser interesse for pasienten kan mye tillitt raskt bygges. Dette er en metode jeg selv har benyttet meg mye av. Likevel er det mange tilfeller hvor man ikke er i direkte kontakt med pasientene som kan oppfattes av de rundt. Arbeid i avdelingen viser ofte preg av stress, i form av at flere pasienter ofte får hjelp til stell samtidig, og pleierne løper i mellom flere rom. Dette kan gi pasientene med demens en oppfatning av at det er noe galt, og de blir utrygge. Det er viktig at man som sykepleiere er bevisst på sitt eget kommunikasjonsmønster, og at det non-verbale kan merkes av alle i rommet (Solheim, 2009).

Kommunikasjonsmetoden reminisens dreier seg om å bruke pasientenes minner til å oppnå noe (Solheim, 2009). Dette kan hjelpe til at man lettere kan føre en samtale med pasientene, ved at man tar opp et tema som har vært relevant i pasientenes liv. Mange av de med en demenssykdom har best minner fra de var yngre, noe som det gjør det nødvendig at man som sykepleiere har informasjon om dette på forhånd. På denne måten kan man henvise konkret til en opplevelse pasientene har hatt som kan føre til at de vil fortelle noe om det. Det at sykepleieren har noe felles med pasientene på denne måten kan gjøre at pasientene føler økt grad av trygghet (Solheim, 2009). Man burde benytte seg av denne kommunikasjonsmetoden i de anledningene hvor dette passer, som under måltider og stell (Solheim, 2009). Det er viktig at man her bringer opp samtaleemner det er tydelig at pasientene er opptatt av, og ikke snakker konkret om vonde situasjoner fra pasientenes liv (Solheim, 2009). På denne måten kan man gi pasientene mulighet til å snakke om ting som er viktige for dem, og gi en mening til samtalen (Eide & Eide, 2007). Dette kan være en kommunikasjonsmetode som kan hjelpe pasientene til å oppleve ro, noe som også hjelper dem til en følelse av trygghet. Ved å samtale om dette ved leggetid har pasientene en god følelse, noe som kan gjøre det lettere å sovne.

4.5.4 Kan søvnen påvirkes av andre sykdommer?

Sannsynligheten for at pasientene med Alzheimers sykdom har andre sykdommen er relativt stor. Tall fra Helsetilsynet fra 2003 (sitert i Romøren, 2010) viser at 47 % av pasientene i sykehjem er inne med en somatisk sykdom, 44 % med aldersdemens, 8 % med psykisk lidelse, og 1 % med utviklingshemning. Ofte har disse pasientene kombinasjoner av 2-3 av

disse, noe som viser at eldre ofte har flere sykdommer (Romøren, 2010). De vanligste årsakene til innleggelse i sykehjem er hjerneslag og aldersdemens (Romøren, 2010). Jeg vil her vise at det kan være flere faktorer som skyldes søvnproblemer, der iblant andre sykdommer pasientene kan ha.

En faktor som kan påvirke søvnen i stor grad er psykiske påkjenninger (Bjorvatn & Fetveit, 2012). Eldre mennesker har lett for å utvikle depresjoner (Kvaal, 2010). Dette kan ha mange årsaker, men hovedårsaken ser ut til å være at ektefelle, venner og bekjente går bort (Kvaal, 2010). Følelse av at de ikke mestrer like mye som tidligere, og føler seg til overs i samfunnet er også beskrivelser som har blitt gitt av eldre (Kvaal, 2010). For pasienter med demenssykdom som har depressive symptomer kan dette i stor grad også gå utover livskvalitet og atferd (Mjørud, Engedal, Barca & Ytrehus, 2011). Hos disse pasientene er tegn og symptomer som uro, vandring og roping i avdelingen tegn som bør tas alvorlig i en vurdering av depresjon (Berentsen, 2010). Søvnproblemer er også et symptom på depresjon (Kvaal, 2010), og ses i mange tilfeller i for eksempel sykehus og sykehjem (Bastøe og Frantsen, 2011). Denne pasientgruppen kan ha vanskelig for å beskrive og uttrykke hva som er galt, og man som sykepleier må prøve å tolke de handlinger og non-verbale tegn pasientene gir for å kunne hjelpe (Solheim, 2009).

Dette er tendenser man bør gjøre noe med, hovedsakelig for den aktuelle pasientenes beste, men også for personalet og andre pasienters velvære i avdelingen. Selv opplever jeg at sykepleiere ikke ser at det mange ganger skyldes omgivelser og fortid, og at de velger å rådføre seg med avdelingslege. Sistnevnte er også viktig, men man bør ikke ta det som en selvfølge at det er medisiner som er løsningen på den negative aktiviteten hos pasientene. Igjen er også her kunnskaper om sykdom og depresjon viktig for å kunne hjelpe pasientene best mulig. I en amerikansk studie fra 2008 vises det resultater på at aktivitet og mosjon kan redusere depressive symptomer hos pasienter med Alzheimers sykdom (Williams & Tappen).

4.5.5 Er medikamenter løsningen på søvnproblemene?

På grunn av de andre sykdommene pasientene har i tillegg til demensdiagnosen er det også sannsynlig at de står på medikamenter for å behandle disse (Wolland & Heier, 2011). Det er som tidligere beskrevet typisk for pasienter med Alzheimers sykdom å ha atferdsforstyrrelser. Disse behandles ofte med antipsykotika (Nordeng & Spigset, 2007), mens de psykiske plagene, som depresjon, medisineres med antidepressiva (Spigset, 2007). Mange av disse

forskjellige medikamentgruppene har både fordeler og ulemper i forhold til søvn og søvnkvaliteten. Man kan se at antipsykotika og antidepressiva har en positiv effekt på søvn, mens betablokkere ofte fører til redusert søvnkvalitet i mange tilfeller (Wolland & Heier, 2011). Med fokus på søvn er medikamenter i forhold til dette sentralt i demensomsorgen (Wolland & Heier, 2011). I mange tilfeller blir søvnforstyrrelsene behandlet med sovemedisiner i håp om at pasientene skal falle til ro og få tilstrekkelig med søvn.

I 2008 ble det registrert nye søvnpreparater i Norge som inneholder det naturlige søvn-hormonet melatonin (Wolland & Heier, 2011). Som tidligere beskrevet skilles melatonin ut i kroppen når øynene mottar signaler om at det er mørkt, og vi blir trøtte (Wolland & Heier, 2011). Da dette preparatet er beregnet på pasienter med insomni er det ikke like mye brukt som andre medikamenter som skal hjelpe på søvnen (Wolland & Heier, 2011). Dowling et al. (2008) utførte en studie hvor bruk av lysbehandling og melatonin skulle hjelpe pasienter med Alzheimers sykdom på institusjon med å få tilstrekkelig hvile og søvn. Resultatene viser at lysbehandling i seg selv utgjorde liten forskjell på pasientenes døgnrytme, men at blanding av lysbehandling og medisiner med melatonin førte til at de var våkne på dagtid og sov bedre om natten (Dowling et al, 2008).

I gjennomsnitt bruker pasienter i sykehjem fem legemidler (Ranhoff & Børdahl, 2010). Benzodiazepinliknende medikamenter er innsovningstabletter som hjelper pasientene til å sovne. Disse gir færre bivirkninger enn andre fordi den har kort virketid, noe som gjør at man ikke er påvirket av dem dagen etter (Ranhoff, 2010). Sovemidler kan være effektive, men skal kun brukes i en kort periode, da det er avhengighetsskapende (Ranhoff, 2010).

Tidligere i oppgaven har det kommet frem at eldre mennesker ofte har hyppige oppvåkninger i løpet av natten. Det kan derfor tenkes at innsovningstabletter ikke gir tilstrekkelig behandling for disse, på grunn av den korte virketiden. For de som har mer utpregende søvnsykdommer, som insomni og søvnapnè, kan mer effektive medikamenter og behandlingsmetoder forsøkes (Ranhoff, 2010). Fysiske faktorer som tilrettelegging av miljø og aktivitet viser seg å være det mest effektive (Rose & Lorenz, 2010, Salami, Lyketsos & Rao, 2010), og bør prøves ut før legemidler tas i bruk.

4.6 Hvilke sosiale faktorer kan påvirke søvnen?

I en blandet sykehjemsavdeling er det viktig å ta hensyn til alle pasientene. Som tidligere beskrevet er ofte ikke avdelingene tilrettelagt for pasienter med demens, noe som i mange tilfeller kan være en utfordring. På grunn av så mange pasienter er det mange sosiale faktorer som kan påvirke pasienter med demenssykdom i negativ retning, så vel som positive. Med sosiale faktorer menes ting som skjer i fellesskap på avdelingen, som TV og underholdning, og andre pasienter og pårørende. I denne sammenhengen kan også sykepleieren være en viktig faktor i form av relasjon og en sosial person i pasientenes omgivelser. I dette underkapitlet vil jeg beskrive hvilke sosiale faktorer som kan påvirke pasientene med Alzheimer sykdom i forhold til søvn.

4.6.1 Viktigheten av en sykepleier- og pasient relasjon

Relasjonsbygging er også viktig i arbeid med pasienter med en demenssykdom. Å ha en relasjon betyr at man har en forbindelse med noe, ofte et annet menneske (Eide & Eide, 2007). Når pasientene har en demenssykdom kan dette bli en utfordring, fordi de har en kognitiv svikt som fører til at de ofte ikke gjenkjenner mennesker som de ikke har hatt noen relasjon til tidligere i livet (Berg et al., 1998).

Jeg mener at en god relasjon mellom sykepleier og pasient kan ha stor betydning for i hvilken grad pasientene kan oppnå søvn. Dette fordi jeg selv tror at følelsen og inntrykket sykepleieren gir pasientene, i form av trygghet og tilstedeværelse, kan bidra til en opplevelse av nettopp dette hos denne pasientgruppen. Igjen vil jeg her vise til kommunikasjonsmetoder som jeg tidligere har beskrevet, som kan bidra til økt grad av kontakt mellom pasient og sykepleier.

Som sykepleiere er det her viktig å være bevisst på hvilken forventning man har til relasjonen til denne pasientgruppen (Witsø & Teksum, 1998). På grunn av pasientenes hukommelsessvikt er tålmodighet nødvendig. Man må være oppmerksom på at relasjonsbygging med en pasient med demenssykdom vil ta tid, og det er lang tilvenningstid for pasientene i forhold til å gjenkjenne nye rutiner.

I mange sykehjem er det vanlig at pasientene har primær- og sekundærkontakter. Dette vil si at det er fast personell som er hos pasientene, og som har det faglige ansvaret over en gitt periode (Fermann & Næss, 2010). For pasientene er dette nødvendig for at de skal få en viss

følelse av rutine i hverdagen, ved at ting skjer i samme rekkefølge. Etter en lengre periode vil pasientene til en viss grad gjenkjenne rutinene, og oppleve trygghet. På en annen side er dette også gunstig ved at de får bedre oppfølging fordi det er et fåtall ansatte som har ansvaret (Fermann & Næss, 2010).

4.6.2 I hvilken grad påvirker TV og radio?

Det kan diskuteres hvor vidt TV og radio er positiv underholdning for pasienter med en Alzheimers sykdom. Svein Rasmussen skrev i 2009 en fagartikkel for fagbladet *Sykepleien* hadde samme problemstilling. Han hevder at TV i sykehjem bidrar til økt forvirring hos pasienter med demens, og at denne underholdningen ikke blir tilpasset pasientenes interesser av personellet i avdelingen. Selv har jeg opplevd hvordan TV titting kan virke negativt på denne pasientgruppen. På grunn av deres kognitive svikt har de vanskelig for å tolke det som skjer på fjernsynet, og kan ha lett for å tro at det er virkeligheten i deres omgivelser. Når pasientene for eksempel ser på dagsrevyen, noe som har vært en stor del av dagen i deres generasjon, kan de se sterke bilder fra krig og lignende. Dette kan få følger ved at de blir engstelige og redde, noe som kan gjenkjennes ved for eksempel vandring, i form at økt motorisk aktivitet, gråt og agitasjon (Solheim, 2009. s. 106-107).

Det er viktig at man er bevisst på hvilke program som går, og hva de inneholder for at pasientene skal få rett utbytte av det. Naturprogram, musikk, sport og barneprogram viser seg å være populære, på grunn av positiviteten som frembringes i programmets innhold (Solheim, 1990). Likevel kan det i noen tilfeller være nyttig å skru av lyden slik at pasientene med denne sykdommen kan forholde seg til ett sanseinntrykk av gangen (Solheim, 1990).

Jeg har tidligere drøftet at denne pasientgruppen lett kan utvikle en følelse av angst i visse situasjoner. Det er normalt at mennesket benytter slike forsvarsmekanismer når de føler seg truet, noe det er tenkelig at pasientene føler seg her (Solheim, 2009). For en person som har en Alzheimers sykdom er et av de mest fremtredende symptomene at atferden blir mer ukritisk (Solheim, 2009). Frykt for det ukjente kan ofte resultere i agitasjon og sinne hos pasientene (Thorsen, 2011). Det er viktig at tiltakene man setter inn skal være for å forebygge angst og understimulering hos disse pasientene.

Det er også her nyttig å kartlegge gjennom pasientenes pårørende om hvilke vaner de har hatt i forhold til denne typen underholdning tidligere (Solheim, 2009). På denne måten kan man

også lettere tilrettelegge hvilke aktiviteter som gir positiv eller negativ stimulanse hos pasientene. Dette er viktig for at man skal kunne vite hvordan de kan reagere på inntrykk fra TV og radio, for å unngå katastrofereaksjoner (Solheim, 2009). Hvis dette er gode vaner de tidligere har hatt, i form av at de for eksempel har hatt på radioen om morgenen, kan dette også være en faktor som bidra til økt følelse av velvære i forbindelse med andre situasjoner.

4.6.3 Forstyrrende faktorer i avdelingen

Med bakgrunn i at pasientene i dette tilfellet befinner seg i en blandet korttidsavdeling er det en rekke faktorer som kan være forstyrrende for denne pasientgruppen. Det mest overveldende for pasientene med Alzheimers sykdom kan være mengden mennesker på samme sted. Disse pasientene har en kognitiv svikt i hjernen, og i dette tilfellet er det oppmerksomhets- og oppfatningsevnen som blir utfordret (Solheim, 2009). Selv har jeg opplevd at mange av pasientene med demens synes det er greit å være i et sosialt miljø som dette, men når de begynner å bli slitne ønsker de å reise hjem. Utfordringen man som sykepleier da møter er hvordan man skal klare å beholde pasientene i avdelingen uten å fremkalle negative reaksjoner.

Det er viktig å ta hensyn til om pasientene tidligere har hatt mye samvær med andre mennesker, eller om de har vært vant til å være alene. Dette kan være avgjørende for hvilken fremtreden de har sammen med andre, eller hvor mye stimuli de tåler før de blir preget av angst (Solheim, 2009). Pasienter med demenssykdom kan skifte sinnstemning meget fort, og det kan være vanskelig for de rundt å forstå hva som forårsaket denne endringen (Solheim, 1990). Det man som helsepersonell ser som utfordrende atferd hos denne pasientgruppen, for eksempel at de vandrer eller roper og skriker, kan være tegn på angst. Slike reaksjoner kan komme av at det er mange ukjente mennesker og støy. Det er viktig at man som sykepleier tar slike tegn på alvor, og prøver å finne ut hva grunnen for denne fremtreden kan være.

Det kan være nødvendig å vurdere på forhånd om det er visse sammenkomster, som felles underholdning på sykehjemmet og lignende er egnet for disse pasientene. Det er viktig i forbindelse med kunnskap om sykdommen at man er klar over at visse faktorer kan virke negativt på pasienter med en demenssykdom. Støy og uro, samt for mange sanseinntrykk kan føre til katastrofereaksjoner.

4.6.4. Forstyrrende faktorer i avdelingen om natten

Jeg har selv jobbet mye om natten i en blandet sykehjemsavdeling, og vet en god del om hvilke rutiner som er vanlige gjennom natten. Det er mange mennesker som befinner seg i en slik avdeling på en og samme tid, og det vil derfor oppstå noen faktorer som er forstyrrende for andre i omgivelsene. Jeg vil her nevne noen av dem som kan være spesielt forstyrrende for de med en demenssykdom.

Om natten er det største problemet for mange at det er lyder rundt i avdelingen (Kerr & Wilkinson, 2011). Vanlige lyder i en slik avdeling kan være personalet som prater til hverandre, fjernsyn eller radioer hos andre pasienter, rennende vann i rør, pasientene i naborommet og ikke minst alarmene som personellet bærer med seg. Disse alarmene kan være forstyrrende for mange, både personell og pasienter. For mange betyr en alarm at det er morgen at det er på tide å stå opp, noe som her gir feil signaler. Jeg vil her vise til en historie jeg fant i en engelsk lærebok (Kerr & Wilkinson 2011), som handler om nettopp denne alarmen. Jeg velger ikke å oversette denne teksten, da dette kan ødelegge sammenhengen i historien:

Maurice, a man in his 70s with a diagnosis of dementia, would wake at night and shout and scream. He would bang on his bedroom door, calling out to tell people to take cover. Sometimes he would be found in the corridor saying he needed to get into the garden. He was very distressed and staff attempts to get him back to bed were met with increased agitation and sometimes with aggression as he tried to push them out of his way. He would shout out 'Mum' and 'David'.

Maurice had lived in London with his mother and brother David throughout the Second World War. He had experienced the German bombing of the city and had been at home at the time of the Blitz.

The buzzer that went off during the night in the home would penetrate his sleep and wake his, just as the air raid sirens had done when he was a boy. Because of his dementia, his reality was that he was now living back in the 1940s in London during the Blitz. His desperate need to get into the garden was to get into the Anderson Bunker, which people built in their gardens as protection from the bombs. (s.97)

Denne historien viser hvilke minner som kan dukke opp om de hører en kjent lyd, noe som i dette tilfellet førte til sterk redsel. Det er tenkelig at denne pasienten var vanskelig å

realitetsorientere, både med tanke på hans demenssykdom og med de sterke minnene som dukket opp i forbindelse med lyden han hørte.

Mest forstyrrende for pasientene med en demenssykdom er rundene personalet går for å se om alle har det bra. Hos pasientene som ikke har en slik sykdom er det lettere å kartlegge om de vil at man skal gå inn for å se til de flere ganger om natten. Rutinene er laget for at alle pasientene skal få den samme omsorgen, og for at man skal se til at de har det bra og sover (Kerr & Wilkinson, 2011). Mange eldre vil ikke forstyrre personalet som er på jobb om natten, og velger å ligge våken (Hauge, 2010). Disse nattlige besøkene kan være et misvisende tegn for pasientene med demenssykdom. Ved at man får besøk av fremmede om natten kan det bidra til at de blir engstelige, men samtidig gi dem et tegn på at det er morgen.

Vi har tidligere sett at eldre har vanskelig for å sovne igjen etter å ha våknet i løpet av natten. Om man er uheldig og vekker pasientene om natten kan dette derfor bidra til at de har vansker med å sovne igjen, samt at kvaliteten på søvnen blir dårligere.

I løpet av natten kan også behovet for andre ting dukke opp, som for eksempel mat og drikke (Kerr & Wilkinson, 2011), eller bare kontakt med noen andre mennesker. Det er viktig at man som sykepleier, eller helsepersonell generelt prøver å oppfylle pasientens ønsker ved å hjelpe med dette. Hos pasienter med demenssykdom er det ikke uvanlig at de kan vandre sent på kvelden, og om natten (Solheim, 2009). Sykepleierens kartlegging om rutiner pasientene har hatt hjemme kan her komme til nytte. Et eksempel på dette kan være at pasienten har vært vant til å drikke varm melk med honning hvis den ikke får sove. For disse pasientene er slike rutiner og vaner viktig å holde fast ved, for at de skal føle trygghet og føle at noe er kjent.

5.0 KONKLUSJON

I dette litteraturstudiet har jeg jobbet med temaet demens, og tilrettelegging for søvn i en sykehjemsavdeling. Søvn er et grunnleggende behov mennesket har for å opprettholde god helse. Mitt fokus har vært å beskrive faktorer som kan fremme og forhindre søvn hos pasientene, og hvilket ansvar sykepleieren har til dette. Underveis har jeg vektlagt at individualisert pleie er viktig, og vært bevisst på at ikke alle har like stor nytte av de presenterte tiltakene. Likevel har jeg valgt å gjøre det på denne måten, slik at det kan treffe flest mulig.

Man har gjennom denne oppgaven sett hvilke faktorer som kan legges til rette for at pasientene med Alzheimers sykdom i en blandet sykehjemsavdeling kan få nok søvn. God tilrettelegging og kunnskaper hos sykepleieren er avgjørende for hvilke muligheter pasienten har for å oppleve trygghet, og få sove. På grunn av pasientens reduserte mulighet til å beskrive følelser og behov er det viktig at man som sykepleier benytter seg av kunnskaper om non-verbal kommunikasjon og sykdom for å kunne hjelpe pasienten.

Oppsummert kan man si at de viktigste faktorene som omhandler hvordan man kan hjelpe pasientene med Alzheimers sykdom til å få sove er opplevelse av trygghet, og hjemliggjøring i de fysiske omgivelsene.

I arbeid med denne oppgaven har jeg reflektert over problemstillingen min og konkludert med at mange av tiltakene jeg har presentert i mange tilfeller ikke er gjennomførbare. Dette på grunn av sykepleieres kunnskaper og tidsmangel i løpet av arbeidsdagen. Konflikten mellom tid, for mange ufaglærte, og dårlig sykepleierdekning fører til at sykepleieren får svært mange arbeidsoppgaver som tar mye tid, samt det overordnede ansvaret for alle pasientene i avdelingen. Likevel valgte jeg å gjøre det på denne måten for at man kan få et innblikk i hvordan man burde arbeide i en avdeling hvor man kan treffe på dette dilemmaet.

6.0 LITTERATUR

*Andersen, A. E. & Munch, M. (2013). Informasjonshefte. utfordringer og muligheter – Samvær med personer med demens. *Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse*.

*Bachmann, M. & Lindhardt, J. (2011). Søvn og hvile. I: Holter, I. M., Mekki, T. E. (red.). (2011). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1*. (4.utg, s.659-703). Oslo: Akribe AS.

*Bastøe, L.-K. H. & Frantsen, A.-M. (2011). Behovet for søvn og hvile. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A.(red.). (2011). *Grunnleggende sykepleie: Bind 2*. (2.utg, s.301-324) Oslo: Gyldendal akademisk.

Berentsen, V. D. (2010). Kognitiv svikt og demens. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A. H. (red.) (2010). *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten*. (s. 350-394). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

*Berg, A., Hallberg, I. R., Norberg, A. (1998). Nurses' reflections about dementia care, the patients, the care and themselves in their daily caregiving. *International Journal of Nursing Studies* 35 (1998) 271-282.

*Bergland, Å. & Kirkevold, M. (2011). Hvilke faktorer i de fysiske omgivelsene hemmer og fremmer funksjon, trivsel og velvære hos personer med demens? *Sykepleien Forskning nr. 1, 2011; 6: 14-25*.

Antall sider: 11

Bertelsen, A. K. (2011). Sykdommer i nervesystemet. I: Ørn, S., Mjell, J. & Bach-Gansmo, E. (Red.). (2011, s. 313-335). *Sykdom og behandling* (1.utg). Oslo: Gyldendal akademisk.

*Bjorvatn, B. & Fetveit, A. (2012). Søvnproblemer blant eldre. *Norsk Epidemiologi* 2012; 22 (2): 177-186.

*Bjøro, K. & Kirkevold, M. (2011). Kvalitet og kvalitetsutvikling i sykepleie. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A.(red.). (2011). *Grunnleggende sykepleie: Bind 1*. (2.utg, s.343-383) Oslo: Gyldendal akademisk.

*Bragstad, L., K. & Kirkevold, M. (2010). Individualisert musikk for personer med demens. *Sykepleien Forsking*, nr 2, 2010; 5:110-118.

*Crabtree, J. & Mack, J. (2010). Designing a training programme to improve staff attitudes towards people with dementia. *Nursing Times*; 106: 39, 14-16.

*Dahl, K. & Skaug, E.-A. (2011). Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon i sykepleie. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A.(red.). (2011). *Grunnleggende sykepleie: Bind 2*. (2.utg, s.15-56) Oslo: Gyldendal akademisk.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. (5.utg). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Dalland, O., Tygstad, H. (2012). Kilder og kildekritikk. I: Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. (5.utg). Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Dolonen, A. K. (12.08.2009). Ikke etter planen. Lokalisert på:

<http://www.sykepleien.no/nyhet/257704/ikke-etter-planen>

*Dowling, G. A., Burr, R. L., Van Someren, E. W., Hubbard, E. M., Luxenberg, J. S., Mastick, J., Cooper, B. A. (2008). Melatonin and Bright-light Treatment for Rest-Activity Disruption in Institutionalized Patients with Alzheimer's Disease. *Journal of the American Geriatrics Society*. 56:239-246, 2008.

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2.utg). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Fermann, T. & Næss, G. (2010). Eldreomsorg i hjemmesykepleie. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A. H. (red.) (2010). *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten*. (s. 196-218). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

*Gotfredsen, K. (2011). Plejepersonalets hjelp til mennesker der lever med demens. I: *Forstå demens*. (2011, s.143-152). Hans Reitzels Forlag & Alzheimerforeningen.

Hauge, S. (2010). Sykepleie i sykehjem. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A. H. (red.) (2010). *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten*. (s. 219-236). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

*Haugland, B. Ø. (2012). Meningsfulle aktiviteter på sykehjemmet. *Sykepleien Forsking*, nr 1, 2012; 7: 42-49.

Helsedirektoratet. (2008). *Lov om pasientrettigheter kapittel 4 A – Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen.*

*Helse- og omsorgsdepartementet. (2007). *Demensplan 2015 «Den gode dagen».*

*Henderson, V. (1993). *ICN Sykepleiens grunnprinsipper*. Norsk sykepleierforbund.

*Henriksen, K. W. (2009). Om å forstå den aldersdemente. I: Solheim, K. (2009). *Demensguide – Holdninger og handlinger i demensomsorgen*. (2.utg, s.41-54). Oslo: Universitetsforlaget.

*Kerr D. & Wilkinson, H. (2011). *Providing Good Care at Night for Older People*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers

Kirkevold, M. (2001). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Kirkevold, Ø. & Engedal, K. (2006). Quality of care in Norwegian nursing homes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*; 2006; 20; 177-183.

*Kirkevold, M. & Gonzalez, M. T. (2012). Betydningen av sansehage og terapeutisk hagebruk for personer med demens – en scoping review. *Sykepleien Forsking*, nr 1, 2012; 7: 52-64.

*Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2011) Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A.(red.). (2011). *Grunnleggende sykepleie: Bind 1*. (2.utg, s.84-133) Oslo: Gyldendal akademisk.

*Kristoffersen, N. J., Nortvedt, P., Skaug, E.-A. (2011). Om sykepleie. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A.(red.). (2011). *Grunnleggende sykepleie: Bind 1*. (2.utg, s.15-28) Oslo: Gyldendal akademisk.

*Kristoffersen, N. J. (2011a). Sykepleier i organisasjon og samfunn. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A.(red.). (2011). *Grunnleggende sykepleie: Bind 1*. (2.utg, s.282-342) Oslo: Gyldendal akademisk.

*Kristoffersen, N. J. (2011b). Sykepleie – kunnskap og kompetanse. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A.(red.). (2011). *Grunnleggende sykepleie: Bind 1*. (2.utg, s.161-195) Oslo: Gyldendal akademisk.

Kvaal, K. (2010). Angst og depresjon. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A. H. (red.) (2010). *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten*. (s. 383-394). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

*Landmark, B., Kirkehei, I., Brurberg, K. G., Reinart, L. M. (2009). Botilbud til mennesker med demens. Rapport nr 11-2009. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

*Mathisen, J. (2008). Hva er sykepleie? Virginia Hendersons svar. I: Knutstad, U., Nielsen, B. K.(red.). (2008). *Sykepleieboken 2. Teoretisk-metodisk grunnlag for klinisk sykepleie*. (2.utg. s.21-37). Oslo: Akribe AS.

*Matthews, E. A., Farrell, G. A., Blackmore, A. M. (1995). Effects of an environmental manipulation emphasizing client-centred care on agitation, and sleep in dementia sufferers in a nursing home. *Journal of Advanced Nursing*, 1996, 24, 436-447.

*McCurry, S. M., Gibbons, L. E., Logsdon, R. G., Teri, L. (2004). Anxiety and Nighttime Behavioral Disturbances: Awakenings in Patients with Alzheimer's disease. *Journal of Gerontological Nursing*, 2004, 30(1): 12-20.

*Mjørud, M., Engedal, K., Barca, M. L., Ytrehus, S. (2011). Livskvalitet, depressive symptomer og funksjonssvikt hos personer med demens. *Sykepleien Forskning*, nr 2, 2011; 6: 178-186.

Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*.

*Nylenna, M. (2004). *Medisinsk ordbok*. (6.utg). Kunnskapsforlaget ANS, H. Aschehoug & Co. (W. Nygaard) A/S og Gyldendal Norsk Forlag ASA, Oslo 2004.

Ranhoff, A. H. (2010). Søvn og søvnproblemer. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A. H. (red.) (2010). *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten*. (s. 311-318). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Ranhoff, A. H. & Børdahl, B. (2010). Eldre og legemidler. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A. H. (red.) (2010). *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten*. (s. 157-165). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

*Rasmussen, S. (2009). TV – blindpassasjer eller verktøy? *Sykepleien* 2009 97(17): 66-66.

Romøren, T. I. (2010). Eldre, helse og hjelpebehov. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A. H. (red.) (2010). *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten*. (s. 29-37). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

*Rose, K. M. & Lorenz, R. (2010) Sleep disturbances in Dementia. What They Are and What To Do. *Journal of Gerontological Nursing*. Vol. 36, No.5, 2010.

*Salami, O., Lyketsos, C., Rao, V. (2011). Treatment of sleep disturbance in Alzheimer's dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2011; 26: 771-782.

*Segesten, K. (2010). Trygghet og utrygghet ved uklar og /eller alvorlig sykdom. I: Knutstad, U. (red.). (2010). *Sentrale begreper i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2*. (3.utg, s. 125-135). Akribe AS.

*Solheim, K. (2009). *Demensguide – Holdninger og handlinger i demensomsorgen*. (2.utg). Oslo: Universitetsforlaget.

*Solheim, K. (1990). *Omsorg for aldersdemente i institusjon*. TANO A.S.

Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Glemsk, men ikke glemt! Om dagens situasjon og framtidens utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens*. (Rapport 08:2007)

*Spigset, O. (2007). Legemidler ved psykiske sykdommer. I: Nordeng, H., Spigset, O. (red.). (2007, s.255-273). *Legemidler og bruken av dem*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Thorsen, R. (2011). Trygghet. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A.(red.). (2011). *Grunnleggende sykepleie: Bind 3*. (2.utg, s.105-132) Oslo: Gyldendal akademisk.

*Williams, C. L. & Tappen, R. M. (2008). Exercise training for depressed older adults with Alzheimer's disease. *Aging & Mental Health*, January 2008; 12(1): 72-80.

*Witsø, A. E. & Teksum, A. B. (1998). *Målrettet miljøarbeid med aldersdemente*. Tano Aschehoug.

*Wolland, A. M. & Heier, M. S. (2011). *Eldre og søvn*. Cappelen Damm Akademisk.

Vedlegg 1: PICO-skjema

P Patient/pasient, person. Hvem vil vi finne ut noe om?	I Intervention. Hvilket tiltak/intervensjon/behandling ønsker vi å vite noe om?	C Comparison. Skal intervensjonen sammenlignes med noe?	O Outcome. Hvilket utfall, effekt, erfaring, opplevelse, endepunkt er vi interessert i?
Pasienten med Alzheimers sykdom/Patient with Alzheimer's disease	Hvordan tilrettelegge?/nurse	Sykehjem/nursing home	Tilstrekkelig søvn og hvile/sleep
Pasient med demens/dementia			
Mennesket/human being	Søvn/sleep		

Mal til PICO-skjema lokalisert på Høgskolen i Hedmarks hjemmesider.

Vedlegg 2: Søkehistorikk

Vedlegg 2 – side 1.

Dato	Søkeord	Database	Begrensninger	Antall treff	Hvorfor inkludert	Antall leste abstrakt	Antall inkl.	Tittel på inkluderte artikkel
13.01.14	Dementia AND "nursing home" AND norway AND care	Cinahl	2000-2014	28	Ikke relevante overskrifter	2	0	
21.01.14	Demen* AND sleep AND "nursing home"	Cinahl		13	Leste gjennom overskriftene, men kun 1 var relevant for oppgaven. Ikke valgt.	1	0	
23.01.14	Demen* AND sle*	Cinahl		520	Inneholder relevant informasjon om sykdom og tiltak.	2	1	«Sleep disturbances in dementia: What they are and what to do»
23.01.14	Quality of care in Norwegian AND demen*	Cinahl		9	Kvantitativ artikkel om norske sykehjem	1	1	"The quality of care in Norwegian nursing homes"
23.01.14	Alzheimer's disease AND sle*	Cinahl		290	Relevant artikkel om hvordan behandle søvnproblemer.	2	1	"Treatment of sleep disturbance in Alzheimer's dementia"
27.01.14	Sykehjem demens	Sykepleien.no		50	Meget relevant i forhold til de fysiske faktorene.	3	1	«Hvilke faktorer i fysiske omgivelser hemmer og fremmer funksjon, trivsel og velvære hos personer med demens?»

29.01.14	Alzheimer's disease AND fact* AND sle*	Cinahl		115	Relevant artikkel om årsaker til problemene.	3	1	«Anxiety and Nighttime Behavioral Disturbances»
30.01.14	Alzheimer's disease AND sle* AND melatonin	Cinahl		16	Relevant med tanke på medikamentbehandling	1	1	«Melatonin and Bright-Light Treatment for Rest- Activity Disruption in Institutionalized Patients with Alzheimer's disease»
13.02.14	Demens	Sykepleien.no	Fag- og forskningsartikler	44	Relevant i forhold til aktiviteter for pasientene.	1	1	«Meningsfulle aktiviteter på sykehjemmet»
13.02.14	Sykehjem	Sykepleien.no	Fag- og forskningsartikler	186	Begrunner hvorfor aktivitet og stimuli er viktig.	3	1	«Betydningen av sane hage og terapeutisk hagebruk for personer med demens – en scoping review»
13.02.14	Nurse* AND knowledge AND experience AND demen*	Cinahl		34	Nr.1: Fremhever problemene ved for lite kunnskap. Nr.2: Sykepleiernes tanker om pleie til demenspasienter.	2	2	«Designing a training programme to improve staff attitudes towards people with dementia” OG “Nurses’ reflections about dementia care, the patients, the care and themselves in their daily caregiving”

13.02.14	Nurse* AND knowledge AND experience AND demen* AND behavior	Cinahl		1	Studie fra Japan, ikke relevant.	1	0	
17.02.14	Sengetid sykehjem	Google Scholar		48	Norsk studie om hvorfor søvnproblemer	1	1	«Søvnproblemer blant eldre»
19.02.14	Depression AND Alzheimer's disease AND Norway	Cinahl		6	Ikke relevante overskrifter.	0	0	
19.02.14	Depresjon demens	Sykepleien.no	Fag- og forskningsartikler	14	Relevant i forhold til depresjon, og hvorfor.	2	1	«Livskvalitet, depressive symptomer og funksjonssvikt hos personer med demens»
19.02.14	Depression AND Alzheimer's disease AND "nursing home"	Cinahl		81	Viser at aktivitet kan bidra til økt livskvalitet.	1	1	«Exercise training for depressed older adults with Alzheimer's disease»
26.02.14	Demens musikk	Sykepleien.no	Fag- og forskningsartikler	7	Viser at musikk kan bidra til økt livskvalitet.	2	1	«Individualisert musikk for personer med demens»
26.02.14	Demens TV	Sykepleien.no	Fag- og forskningsartikler	4	Relevant i forhold til sosiale faktorer.	1	1	«TV – blindpassasjer eller vektøy?»

Vedlegg 3: Presentasjon av forskning

Vedlegg 3 – side 1

Forfatter(e):	Årstal l:	Type artikkel:	Tittel og kort beskrivelse av artikkelen:
Kirkevold & Engedal	2006	Forskning	<u>Tittel:</u> The quality of care in Norwegian nursing homes En kvantitativ forskningsstudie i år 2000 om kvaliteten på pleien i norske sykehjem. De tok utgangspunkt i tidligere studier hvor personalet på 251 avdelinger var intervjuet om deres syn på kvaliteten på deres arbeidsplasser. QoC (Quality of Care) er et begrep som blir mye vektlagt i denne studien, og som bærer hovedfokus. Studien fokuserer ikke konkret på pasienter med demenssykdom, men kvaliteten på pleien til alle pasienter i avdelingene.
Dowling, Burr, Van Someren, Hubbard, Luxenberg, Mastick & Cooper	2008	Forskning	<u>Tittel:</u> Melatonin and Bright-Light Treatment for Rest-Activity Disruption in Institutionalized Patients with Alzheimer's disease. En kvalitativ forskningsartikkel som fokuserte på lysbehandling og bruk av melatonin til pasienter med Alzheimers sykdom i institusjon. Målet var å fremme bedre søvnrytme, samtidig som å holde pasientene mer våkne og opplagt på dagtid.
McCurry, Gibbons, Logsdon & Teri	2004	Forskning	<u>Tittel:</u> Anxiety and Nighttime Behavioral Disturbances. En kvalitativ studie som tar for seg søvnproblemer hos personer med Alzheimers sykdom som følge av angst og andre søvnforstyrrelser. Fokuset er ikke på personer med sykdommen i institusjon, men på et mer generelt plan. Studien tar utgangspunkt i informasjon mottatt fra 153 pasienter og deres pårørende.

Rose & Lorenz	2010	Fagartikkel	<p><u>Tittel:</u> Sleep disturbances in dementia: What they are and what to do</p> <p>Artikkelen tar for seg hva Alzheimers sykdom er, og hva som kan gjøres for å forebygge søvnproblemer. Forslag til tiltak for å forebygge dette er også presentert, samt medikamenter som kan forårsake søvnproblemene.</p>
Bergland & Kirkevold	2011	Forskning	<p><u>Tittel:</u> Hvilke faktorer i de fysiske omgivelsene hemmer og fremmer funksjon, trivsel og velvære hos personer med demens?</p> <p>En kvalitativ forskningsartikkel om demens fra fagbladet <i>Sykepleien</i>. Artikkelen tok for seg hvilke faktorer i de fysiske omgivelsene som skulle til for at pasienter med en demenssykdom skulle oppleve trivsel og velvære. Artikkelen er et litteraturstudium som baseres på oversiktsartikler fra det relevante området.</p>
Crabtree & Mack	2010	Fagartikkel	<p><u>Tittel:</u> Designing a training programme to improve staff attitudes towards people with dementia</p> <p>En artikkel om helsepersonells holdninger mot pasienter med demens, fra det engelske fagbladet <i>Nursing Times</i>. Her viser de til et forsøk gjort på sykepleiere og annet helsepersonell, som utfordret dem til å forbedre sin holdning mot pasienter med demens. De vektlegger at helsepersonell manglet kunnskaper og erfaring om demens og pasienthåndtering, noe som måtte til for at pasienten skulle få god nok pleie. Første steget i forsøksprogrammet er her beskrevet.</p>

Berg, Hallberg & Norberg	1998	Forskning	<p><u>Tittel:</u> Nurses' reflections about dementia care, the patients, the care and themselves in their daily caregiving.</p> <p>En svensk studie som tar for seg en utvalgt gruppe sykepleieres synspunkter på demensomsorg, pasientene, pleien som ble gitt, og seg selv. 13 sykepleiere ble intervjuet, og det ble benyttet en fenomenologisk-hermeneutisk metode for å komme frem til resultatene.</p>
Kirkevold & Gonzalez	2012	Forskning	<p><u>Tittel:</u> Betydningen av sansehage og terapeutisk hagebruk for personer med demens – en scoping review.</p> <p>En kvalitativ forskningsartikkel om demens fra fagbladet <i>Sykepleien</i>. Studien hadde som hensikt å undersøke om bruk av sansehager og terapeutisk hagebruk kan ha noen virkning på personer med demens. Dette et modifisert scoping review som tar for seg resultatet i 15 studier på området.</p>
Haugland	2012	Forskning	<p><u>Tittel:</u> Meningsfulle aktiviteter på sykehjemmet</p> <p>En kvalitativ forskningsartikkel fra fagbladet <i>Sykepleien</i>. Studien hadde som hensikt å kartlegge hvilke aktiviteter sykehjemsbeboere hadde interesse av å delta i. Den tok også for seg demens pasienters evne til å delta på disse.</p>
Salami, Lyketos & Rao	2011	Forskning	<p><u>Tittel:</u> Treatment of sleep disturbance in Alzheimer's dementia</p> <p>En review artikkel basert på 38 studier om hvordan å behandle søvnproblemer hos personer med Alzheimers sykdom. Den tar utgangspunkt i både kvalitative og kvantitative artikler.</p>

Williams & Tappen	2008	Forskning	<u>Tittel:</u> Exercise training for depressed older adults with Alzheimer's disease En kvalitativ artikkel som tar for seg om mosjon og sosiale sammenhenger kan bidra til personer med Alzheimers sykdom i sykehjem kan få reduserte symptomer på depresjon. Dette var en undersøkelse utført over en 16 ukers periode.
Mjørud, Engedal, Barca & Ytrehus	2011	Forskning	<u>Tittel:</u> Livskvalitet, depressive symptomer og funksjonssvikt hos personer med demens En kvalitativ artikkel som tar for seg hvordan depressive symptomer og funksjonssvikt virker inn på demente personers livskvalitet. En undersøkelse som har hentet data fra 223 sykehjemspasienter.
Bjørvatn & Fetveit	2012	Fagartikkel	<u>Tittel:</u> Søvnproblemer blant eldre. En fagartikkel som driver seg om hvilke faktorer som bidrar til at eldre sover dårligere. Den redegjør for flere typer søvn sykdommer og behandlingsalternativer for dette.
Bragstad & Kirkevold	2010	Forskning	<u>Tittel:</u> Individualisert musikk for personer med demens Denne artikkelen tar for seg bruk av musikk til personer med demens. Den viser at bruk av individualisert musikk bidrar til å forbygge ufordrøende atferd hos denne pasientgruppen. Dette vil si musikk som pasientene selv har hatt et forhold til.
Rasmussen	2009	Fagartikkel	<u>Tittel:</u> TV – blindpassasjer eller verktøy? En fagartikkel om bruk av TV i sykehjem. Forfatteren har selv erfart at bruk av TV i sykehjem kan føre til økt forvirring blant pasientene med demens, og drøfter dette.